L'évaluation en toxicomanie : questions préalables

par Christian Bulart[*] , Didier Lahaye[**] , René Padieu[***] et Gérard Ricaux[****]

INTRODUCTION

L'approche de la notion d'évaluation dans le champ de la toxicomanie pose de nombreuses difficultés symétriques à la complexité du phénomène auquel elle s'applique.
La notion même de toxicomanie est l'enjeu d'oppositions concernant sa définition, oppositions que l'on retrouve concernant son "traitement", qu'il soit judiciaire ou thérapeutique. Le dispositif de soin pour les toxicomanes, en France notamment, est marqué par cette diversité des points de vue et des modes d'approche qui ont longtemps coexistés dans une complémentarité jugée nécessaire.
L'apparition du sida a modifié radicalement la donne.
En outre, les notions de risques, dangers, urgence prennent un poids nouveau et redéfinissent "le problème". Exemple de cette transformation : le modèle dominant passe de l'abstinence comme fin (d'un traitement) à la maintenance comme moyen (de diminution du risque de contamination VIH, de la criminalité et la délinquance, du trafic, d'amélioration de la santé physique et des possibilités de réinsertion socio-professionnelle des toxicomanes...). Au centre des débats, la question de l'efficacité trouve un écho majeur, accolée à ce qui est censé la mesurer : l'évaluation.
Projet légitime, dira-t-on. Sûrement. Toutefois, la volonté unanime d'un projet, la conviction partagée de sa nécessité, l'attente d'une stratégie meilleure pour endiguer un mal ajouté à un autre ne suffisent pas à balayer la complexité de la chose[(1)] . Comme le signale A. COPPEL, le débat devient "*à la fois hautement idéologique et extrêmement technique*"[(2)] .

Le thème, de par la diversité et l'ampleur des enjeux qu'il mobilise, la multiplicité des acteurs qu'il concerne, la disparité des points de vue possibles, offre plusieurs mode d'entrée.
Autant dire qu'on ne trouvera pas ici de recette pour une évaluation.

Cet article tente seulement de donner au lecteur un apercu de ce qu'il concerne, les oppositions qu'il suscite, ceci afin de l'éclairer sur ses différents volets constitutifs, préalablement à une investigation complémentaire dont on ne pourra pas faire l'économie, à partir des « pistes » fournies ici ...

Il comporte quatre parties :

La première s'efforce d'apporter quelques repères historiques permettant d'entrevoir les filiations qui ont pu déterminer - ou non - l'évaluation telle qu'elle s'exerce aujourd'hui dans le champ spécifique de la toxicomanie.

A partir d'une compilation bibliographique, la seconde partie commente quelques exemples illustratifs de cette évaluation : de quoi parle-t-on ? Avec quelles notions ? Quels projets ?

La troisième relate une expérience de mise en place d'un travail d'évaluation dans une institution de soins.

Enfin, la dernière partie ordonne les notions fondamentales convoquées souvent dans la confusion à propos de l'évaluation.

---

[*] Psychanalyste, CAST de Reims
[**] Psychologue clinicien, sociologue, CAST de Reims
[***] Statisticien, Inspection générale de l'INSEE, Paris
[****] Sociologue, CAST de Reims

EVALUATION ET POUVOIRS PUBLICS

L'évaluation figure dans de nombreux énoncés[3] comme une préoccupation. Ses définitions et ses conceptions ont subi des réajustements. Ce concept revendiqué correspond à des constructions successives et n'est compréhensible qu'au travers de son histoire. Ces constructions déterminent en partie et influencent peu ou prou les évaluations actuelles.
Ainsi, nous proposons un repérage historique allant de la volonté de l'évaluation émanant du champ du politique, au rôle de l'épidémiologie dans l'évaluation s'agissant du champ des toxicomanies.

EVALUATION ET POUVOIRS PUBLICS : REPERAGES HISTORIQUES

Depuis une vingtaine d'années, le mot évaluation a connu un regain d'intérêt. Mais ce terme peut aussi bien recouvrir des domaines différents (expertise, contrôle, audit) ainsi que des modalités différentes (mesure, étude, enquête , voire sondage d'opinion et enquêtes de satisfaction, etc.)
D'après P. Viveret et E. Monnier[i], les premières commandes d'évaluation par des pouvoirs publics portent, au début du siècle, sur une recherche d'efficacité des systèmes éducatifs. Il s'agit en effet d'un secteur, par essence symbolique, de la croissance du champ de compétence des états. Ceux-ci doivent faire face ainsi à des questions inédites et cherchent du côté de la science des réponses que les systèmes politique et administratif du XIXème siècle sont impuissants à fournir. Traditionnellement, les historiens de l'évaluation des actions publiques considèrent que c'est un français, Alfred Binet, qui a joué dans ce domaine un rôle précurseur. En 1904, celui-ci se trouve en effet chargé par le ministre de l'Instruction Publique de mettre au point une méthode permettant de détecter les enfants anormaux afin de les séparer de leurs congénères dotés d'une intelligence normale, et d'organiser un enseignement à leur intention...
Mesure des différences entre individus, affectation d'une place dans le système scolaire, collaboration université-Etat, prémices d'une "greffe scientifique" sur les affaires publiques ont été les caractéristiques de cette première méthode « d'évaluation ».
C'est aussi dans le domaine éducatif que les premières évaluations de services publics sont effectuées aux Etats-Unis. En 1912, Starch et Elliot mènent une évaluation sur la formation des professeurs de mathématiques. Il faudra attendre les années 30 pour qu'une grande étude ait lieu. C'est en 1932 que Ralph Tyler mène une évaluation destinée à vérifier si les élèves ayant suivi un programme moderne d'études secondaires poursuivent leurs études universitaires avec le même succès que ceux qui ont suivi un enseignement traditionnel. Cette vaste étude durera 8 ans. Tyler introduira une distinction entre l'évaluation et la mesure. L'évaluation est alors conçue comme un processus inscrit dans le temps dans une approche basée sur la notion d'objectifs de référence. C'est la connaissance de ces objectifs qui va guider le choix des variables à mesurer et les critères utilisés. Ces trois notions - objectifs de référence, mesure comparative et effets résultants - vont se retrouver dans un grand nombre de travaux et témoignent de la naissance d'une rationalité technocratique. Cette approche, pour datée qu'elle soit, semble être toujours dominante. Elle repose pourtant, d'après P. Viveret sur trois hypothèses discutables:

- la croyance en des objectifs clairs, alors que les objectifs affichés par des acteurs politiques (et plus largement sociaux) sont souvent le résultat de compromis mêlant des logiques contradictoires ; de plus les objectifs officiellement affichés ne sont pas forcément lesobjectifs réels que poursuit le décideur ;
- la difficulté à construire des instruments de mesure qui ne peuvent être, dans le domaine de l'action publique (notamment), exclusivement quantitatifs ;
- l'hypothèse d'une relation de causalité directe entre les effets constatés et les programmes publics (ou les projets institutionnels) alors que ceux-ci peuvent être produits par des facteurs étrangers à la politique mise en oeuvre.

Après les travaux de Tyler et de ses disciples, l'évaluation des services publics américains voit son essor restreint. Les chercheurs en sciences sociales ou en sciences politiques ne sont plus convoqués par les pouvoirs publics, ces derniers jouissant d'une forte légitimité. Mais, un événement - le plus décisif pour l'ensemble des recherches en matière d'évaluation selon E. Monnier - se produit le 4 Septembre 1957 : le monde apprend qu'un nouveau satellite, le Spoutnik, a été mis en orbite par les soviétiques. Ce qui met un terme - provisoire - à la suprématie technologique américaine. Le système éducatif ayant été tenu pour le principal responsable du retard scientifique américain, toute

une série de programmes d'amélioration de la formation scolaire des enfants américains, accompagnés de programmes d'évaluations destinés à en mesurer les effets, voit le jour.

De façon générale, la légitimité de l'efficacité de l'administration américaine est remise en cause. Le domaine de l'enseignement mais aussi les agences de service social et de santé développent un grand nombre d'évaluations. Le modèle Tyler - largement repris - ainsi que le développement des connaissances statistiques augmentent la technicité des méthodes d'évaluation. Si en ce domaine une comparaison entre pays paraît possible, la crise de légitimité de l'Etat fut, en France, plus tardive (1962- 1968). Pour ce pays, même si le mouvement de l'évaluation peut paraître plus tardif, son ampleur sera importante et comportera quelques particularités dans ce qui sera appelé le mouvement de rationalisation des choix budgétaires (RCB) qui se développera à partir de 1969. La RCB comme analyse de système décisionnel a présenté un certain nombre d'avantages comme nous le suggère L. Sfez[5] : systématisation des opérations, identification des objectifs, responsabilité du travail, coordination, analyse des ressources et des besoins.
Mais la méthode appliquée par de nombreuses administrations a présenté de graves défauts :

- pas de cadre méthodologique pour la recherche en matière d'objectifs. Il est considéré, le plus souvent, que ces objectifs sont posés hors système ;

- la remise en cause des fins est quasiment écartée - ce sont les coûts possibles d'une opération énoncés par le décideur qui fixent les limites et définissent la décision.

La RCB s'avère finalement une théorie pragmatique qui ne confronte pas véritablement les objectifs aux fins, et surtout aux valeurs qui sous-tendent l'action.
Selon R. Poinsard[6], un des principaux acteurs de la RCB : les études ont fini par déranger, car elles ne sont pas neutres. Les choix préconisés dans une étude pèsent en effet sur la décision à prendre dans un sens donné, nuisible aux intérêts d'une ou plusieurs parties prenantes et, bien entendu, favorable à d'autres. Elle peut donc représenter une menace et déclenche toujours plus ou moins des parades défensives, des contre-études, une contestation de la validité des informations et des logiques employées, un refus de communiquer des renseignements, une participation à un groupe de travail en vue de le contrôler.

Quel que soit son niveau - politique publique, activités institutionnelles, etc. - les acteurs de l'évaluation sont souvent définis en terme "d'évalués" plutôt que "d'évaluants" étant donné leur non-participation à la définition des critères ou à la négociation sur celle-ci, ce qui peut engendrer quelques stratégies de résistance...

EVALUATION ET TOXICOMANIE : REPERAGES HISTORIQUES

La notion d'évaluation est en fait apparue il y a une cinquantaine d'années, en même temps que les méthodes propres aux sciences sociales appliquées. Mais elle n'a connu un véritable succès en France qu'à partir des années 60. Les administratifs et les politiques désiraient évaluer les résultats obtenus par l'investissement de sommes très importantes consacrées aux programmes sociaux.
C'est à partir des années 7O que le souci d'évaluation apparaîtra dans le domaine sanitaire et social français. Le souci sera un peu plus tardif s'agissant du domaine des actions de soins et de prévention concernant la toxicomanie.

Les volontés d'évaluation et les objets à évaluer dans le champ des consommations des drogues ont varié : du phénomène aux solutions mises en oeuvre, puis aux dispositifs de soins et à la prévention. Ce qui peut être lisible au travers de quelques rapports officiels.

En 1978, il s'agissait avant tout pour la Mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue[7] : *"ici et maintenant, de répondre à la demande des pouvoirs publics, c'est-à-dire évaluer, pour autant qu'on puisse le faire le phénomène de la toxicomanie tel qu'il se présente aujourd'hui en France et d'apprécier les solutions mises en oeuvre*".

L'accent sera mis sur l'analyse de l'action des pouvoirs publics et ce rapport ne constituera pas *"une étude d'ensemble des aspects psychosociaux de la toxicomanie, ni un traité de toxicologie, ni un manuel de thérapie des toxicomanes susceptible d'aider les praticiens de celle-ci. Tout au plus rappellera-t-il sur ces différents points les données générales nécessaires à la compréhension du problème*" .

Et dans ce "*tout au plus*" on ne trouve guère la préoccupation d'une évaluation des thérapeutiques : seul le souci du diagnostic clinique apparaît[8] . D'autre part, le souhait de procéder à des évaluations des institutions, ou plus largement des activités, n'apparaît pas. Au fond, l'objet principal qui suscite une évaluation est indiqué par l'intitulé du chapitre IV : *"Le phénomène de la drogue en France et son évolution : un essai d'évaluation".*

En 1989, dans l'introduction du rapport Inserm[9] , on peut lire une définition du phénomène en termes de santé et une focalisation de l'évaluation sur le système de prise en charge via l'apport de données scientifiques[10] :

"*La mise en cause de la santé de personnes jeunes, la marginalisation sociale d'une partie importante des sujets, la délinquance associée à l'usage de drogues font de l'efficacité du système de prise en charge une question fondamentale, relevant à la fois de l'ordre public et de la santé publique. Ce double enjeu que l'on retrouve pour d'autres thèmes est ici particulièrement marqué ; l'apport de données scientifiques relatives à l'évaluation des prises en charge peut donc apporter aux partenaires du débat public des éléments d'information utiles*".

En 1989, dans le rapport du conseil économique et social[11] , le terme évaluation est assez peu utilisé par le rapporteur. Toutefois, sous l'appellation "évaluation médicale" (p.82), l'efficacité du traitement des toxicomanes est évoquée, plus exactement l'efficacité comparée de diverses approches thérapeutiques. Il est dit que l'ensemble des thérapeutes n'est pas parvenu à accepter les limites pratiques et théoriques contraignantes qui encadrent les évaluations, sans que soit indiquée la nature de ces limites. Les critères semblent vains à ceux-ci - notamment celui de guérison - et ils récusent souvent toute comparaison entre institutions et pratiques différentes. Cette analyse est reprise (p.99) où il est indiqué qu'il faudrait, avec les ressources nécessaires, que tous (les équipes de soins) acceptent la confrontation avec d'autres. Concernant la prévention, le rapport affirme que les nombreux programmes de prévention ne comportent pas de phase d'évaluation dans leur conception, ce qui empêche d'apprécier objectivement les résultats de l'intervention (p103). Dans le sous-chapitre "*Pour une épidémiologie de la toxicomanie*" (p.126) il est précisé que l'action doit s'accomplir dans la coordination de toutes les administrations et associations concernées et doit conduire à une évaluation continue des méthodes, des traitements et du système de soins tout entier. Un plan pourrait en déterminer les phases d'ici 1993...

En 1990, dans le rapport TRAUTMANN[12] , l'évaluation est peu soulignée de façon directe. Comme dans le rapport Pelletier, c'est son ensemble qui se veut évaluant. Dans sa troisième partie, celle des propositions, un sous chapitre intitulé "l'évaluation" concerne plus particulièrement la prévention ; et le dernier chapitre intitulé "l'épidémiologie et la recherche" indique le développement souhaité pour des recherches sur les méthodologies évaluatives.

En 1991, le rapport démoscopie sur "l'*évaluation des centres d'accueil spécialisés dans la prise en charge des toxicomanes*"[13] ne présente essentiellement qu'une analyse descriptive des centres d'accueil et de soins et se situe assez dans la lignée des rapports concernant la politique publique :
"*L'objectif de l'enquête, commanditée par l'Agence nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale et la DGS, est d'aider la Direction Générale de la Santé à mieux connaître l'existant en matière de structures de prise en charge pour toxicomanes et de dégager des pistes de réflexion sur l'orientation ultérieure à donner au dispositif*".

En 1990, dans le rapport PADIEU à propos de "*l'Information statistique sur les drogues et les toxicomanies*", un chapitre[14] est directement consacré à l'évaluation dans le champ des toxicomanies. Il répertorie les domaines le plus souvent évalués, ceux qui ne le sont pas, ceux qui le sont en partie. De façon générale, les voies explorées semblent encore bien modestes. A cela, plusieurs raisons particulières, suivant le domaine considéré (trafic, consommation, prévention, traitement), ou générales (limites de l'expérimentabilité, le manque de référentiel et de critères d'appréciation). Toutefois, c'est l'évaluation du dispositif de soins, parmi l'ensemble de la politique socio-sanitaire concernant la toxicomanie, qui semble être en voie d'exploration avec ses limites, ses butées, ses contextes particulier et général.

Plusieurs paradigmes fondamentaux guident les choix méthodologiques dans le domaine des évaluations, avec au coeur de ceux-ci la manière de mettre en évidence la vérité. Les paradigmes logique, expérimentaliste, endo-systémique, de l'expertise, du prétoire ou encore le paradigme démographique constituent cette taxinomie.

On peut dire que l'évaluation émanant du champ politique quant au champ des toxicomanies s'apparente aux paradigmes expérimentaliste et de l'expertise[15] . Ce qui appelle deux remarques :

- que cette évaluation est une "allo-évaluation" (« allo » venant du grec *allos*, ce qui signifie « autre ») : c'est-à-dire que la place de l'évaluateur est comparable à celle d'un juge extérieur au champ de l'observation considéré ; on peut d'ailleurs observer que souvent, l'évaluateur est extérieur au dispositif qu'il est censé évaluer.

- que l'épidémiologie est la discipline de référence de cette "allo- évaluation".

LA PLACE DE L'EPIDEMIOLOGIE

Il est frappant d'observer, dans la majorité des documents consultés, la place prépondérante occupée par l'épidémiologie dont il convient de rappeler qu'elle est une technique élaborée et développée avec succès dans le champ médical. Toutefois, le modèle de l'épidémiologie ne s'accorde pas à toutes les visées évaluatives dans le champ de la toxicomanie comme en témoigne cette réflexion :

"(...)*Le modèle explicatif choisi par tel ou tel auteur n'est pas sans influencer l'approche thérapeutique choisie (et réciproquement) de même que les critères définis pour en évaluer les résultats. En effet, si l'on considère que la toxicomanie relève surtout d'un trouble biologique ou métabolique, d'un trouble de la personnalité, d'un dysfonctionnement du système familial, (...) ces modèles, en entraînant des stratégies de traitement différentes, suggèrent que les indicateurs aptes à en mesurer les effets seront nécessairement différents*[16] " .

L'épidémiologie est un outil utile aux politiques sanitaires[17] , mais qu'en est-il pour une évaluation par exemple dans une institution de soin qui possède un modèle spécifique de soin ? A quoi sert-il ? Les concepts et les modes de raisonnement issus originellement du savoir médical à propos des maladies infectieuses ont été transposés au champ de la toxicomanie en faisant relativement l'impasse sur les conditions de possibilité de cette exportation. Celle-ci se voit pourtant redoublé par le passage de l'épidémiologie à l'évaluation.

De façon rapide, on peut dire que l'évaluation menée par les pouvoirs publics est toujours une "allo-évaluation", même si des prémices "d'endo-évaluation" peuvent affleurer ici ou là[18] , « l'endo-évaluation » (« endo » signifiant « en dedans ») supposant un agent évaluateur singulier ou collectif interne au dispositif attenant à l'objet à évaluer. En tout état de cause, celles-ci ne constituent pas pour l'instant une voie très affirmée. Les demandes d'évaluation adressées par les pouvoirs publics aux institutions de soins sont en quelque sorte à l'image de l'évaluation à laquelle elles procèdent, la discipline épidémiologique servant de modèle, voire de contrainte implicite pour une garantie de crédibilité[19] .

Une endo-évaluation par les pouvoirs publics est-elle possible ?

Poser la question peut sembler incongru et n'ayant pas vocation d'y répondre nous la laissons ouverte. On pourrait simplement dire que, de façon générale, "l'endo-évaluation" ne semble pas affiliée à un seul modèle explicatif, qu'elle tente de mettre l'accent sur les valeurs, les acteurs et leurs "contextes" en les questionnant.

Pour illustrer notre propos, nous proposons deux pistes d'investigations pour l'évaluation. La première concerne les acteurs dans l'évaluation, la seconde porte sur les valeurs.

1. Exemple de questions a propos des acteurs

Qui est le sujet évaluant ? Quel est l'acteur dont l'action est évaluée? Si ce n'est pour lui-même, pour qui l'est-elle? Se trouvent alors posées :

- la question de la délimitation de l'acteur (individuel, collectif, institutionnel);
- celle du projet qui fonde l'identité de cet acteur ;
- celle des critères de valeur propres à l'acteur ;
- celle de l'interprétation de ces critères par l'évaluateur ;
- celle du rôle de l'évaluation dans le jeu des acteurs et dans leurs stratégies ou leurs politiques.

- celle du rôle de l'évaluation par rapports aux "clients" d'une institution, voire à ses clients potentiels.

2. Exemple d'investigations a propos des valeurs

Si on s'inspire de la suggestion de M. Scriven[20] , on peut dire que les valeurs peuvent être rapportées à quatre systèmes différents pour chacun des acteurs sociaux ou chacune des institutions. Ces valeurs "contextuelles" sont :

- les valeurs affichées, celles énoncées par la rhétorique officielle, autrement dit celles que revendique l'institution ;

- les valeurs "de fait", celles qui peuvent se dégager à partir d'un examen attentif des pratiques de l'institution ;

- les intérêts immédiats poursuivis par l'institution ;

- l'idéal qui comprend les valeurs normatives auxquelles l'institution est supposée souscrire.
Ces deux exemples sont bien évidemment partiels et restent à un grand niveau de généralité. On trouvera plus loin un développement de ces questions.

LES PRATIQUES EVALUATIVES : ENJEUX ET PROBLEMES

Cette partie ne saurait prétendre à un examen exhaustif de la littérature, abondante, sur le sujet de l'évaluation. On est plutôt parti de l'objectif consistant à proposer au lecteur un premier découpage thématique des différents volets qu'il convenait de distinguer à l'intérieur de la catégorie générique de l'évaluation. Ce découpage distingue trois grands chapitres : l'évaluation du point de vue de son objet (que veut-on évaluer ?), du point de vue de sa méthode (qualitative ou qualitative), enfin du point de vue de son acteur (qui évalue ?). Il est évident que ces trois volets sont intrinsèquement liés puisqu'un objet implique des méthodes et positionne des acteurs dans des rapports de légitimité divers.

LES QUESTIONS DE L'EVALUATION

Un "Guide d'évaluation" canadien récent propose une "*illustration de techniques visant à améliorer les programmes de traitement de la toxicomanie*"[21] , la notion renvoyant en fait, si l'on en juge par les thèmes traités, à la consommation de drogues mais aussi d'alcool ou de médicaments psychotropes. Dans l'introduction, on peut lire que "*Pour beaucoup, l'évaluation des programmes consiste à déterminer l'efficacité des programmes. Dans le domaine de la toxicomanie, un programme de prévention est habituellement dit efficace lorsqu'on peut démontrer qu'il peut prévenir les problèmes reliés à l'alcool et aux autres drogues, et que les personnes qui y participent cessent de consommer ces substances. Cependant, il est rarement facile d'évaluer l'efficacité réelle d'un programme. (...) il faut se poser* ***au moins*** *les questions suivantes :*

** Arrive-t-on à de meilleurs résultats en suivant ce programme ou en l'absence de programme ? En suivant un programme différent ?*

** Quels aspects du programme sont efficaces ?*

** Pour qui le programme est efficace ?*"[22]

Concernant la mise en oeuvre, le rapport propose d'évaluer tout projet selon des composantes différentiées, en mentionnant à chaque fois leur objectifs, les résultats quantitatifs, les objectifs à long terme, les indicateurs de réalisation des objectifs à court terme, les objectifs à long terme, enfin, les indicateurs de réalisation des objectifs à long terme. Dans l'exemple d'un "projet de semaine de sensibilisation aux drogues", la réalisation d'une campagne médiatique est une des principales composantes, l'objectif étant de "*renseigner le public sur l'événement*". Les résultats quantitatifs concernent le "*nombre de messages d'intérêt public diffusés et le nombre d'articles dans la presse*", les objectifs à court terme sont de "*sensibiliser le public à l'événement*", les indicateurs de réalisation des objectifs à long terme sont fournis par le "*pourcentage de la*

population qui connaît l'existence de la semaine de sensibilisation aux drogues" et, pour les objectifs à long terme :

> "- *La baisse de la consommation d'alcool par personne (%)*
> - *La baisse de la consommation de drogue chez les élèves du secondaire (%)*
> - *La diminution des problèmes reliés à l'alcool et aux autres drogues, comme la cirrhose du foie, et les admissions aux services d'urgence attribuables à la consommation de drogue (%).*"

L'intérêt de ce rapport est qu'il se situe dans une perspective pragmatique plus que problématique, en proposant une série d'exemples concrets avec une procédure systématique de mise en oeuvre et d'évaluation. Autrement dit, on se trouve moins dans la configuration d'un discours général de bonne intention omettant de préciser les moyens d'atteindre des objectifs que dans celui d'une pratique effective permettant de dégager *a posteriori* des conceptions implicites. Or, plusieurs réflexions peuvent être formulées à propos de l'évaluation proposée par ce guide pratique.

1. L'évaluation ne peut être effectuée que par l'exercice d'une comparaison, par exemple de l'occurrence d'un fait selon deux programmes différents. Il s'agit donc d'une mesure relative, qui a cependant l'inconvénient de supposer inerte tous les autres événements autres que l'exercice du programme sur la population visée. S'il n'y a de comparaison que toutes choses égales ailleurs, il faut donc maîtriser suffisamment la connaissance et la mesure des déterminismes susceptibles de modifier un comportement. Concernant le domaine de l'usage des drogues, ce présupposé épistémologique semble quelque peu ambitieux.

2. Ce qui est mesuré est plus la mise en oeuvre de la procédure que les effets de celle-ci. C'est à ce rang que l'on peut considérer l'enquête de satisfaction proposée par ce guide comme un élément d'évaluation. Mesurer le degré de rétention d'informations, l'intérêt rencontré par un message peut rendre compte de la cohérence pédagogique d'une prestation, ce qui ne saurait se superposer à son efficacité au regard d'un objectif visé. Pourtant, être "renseigné sur un événement", en l'occurrence la drogue et ses effets, n'est pas la même chose que ne pas en prendre. On peut rappeler ici l'évidence selon laquelle "*être informé d'une menace et en avoir pleinement conscience n'induit pas forcément les conduites adaptées*"[23] . Par conséquent, sous la distinction entre long terme et court terme, on voit qu'il y a une confusion entre l'objet mesuré (l'information) et les objectifs de l'action (provoquer une baisse de consommation d'une panoplie de produits). Plus encore, on pourrait préciser par quels indicateurs : consommation globale (baisse dans la quantité brute de produits consommés sans variation du nombre de consommateurs), consommation relative (il reste autant de consommateurs, mais ils consomment moins), etc.

3. La notion d'efficacité ne reçoit pas d'attribut, comme si on limitait son appréhension en termes d'absence ou de présence. Or, de quelle efficacité s'agit-il : c'est-à-dire au regard de quoi, de quelle visée ? Sauf à recourir aux objectifs mentionnés, qui deviennent ainsi des critères de valeur. Le recours à l'objectif de prévention est ici peu éclairant puisqu'il mobilise rigoureusement les mêmes questions : veut-on empêcher les consommations de drogues, intervenir sur leurs causes, en modifier les formes et leurs conséquences (sociales, sanitaires...) ? A côté de la question "*pour qui le programme est efficace* ?", on peut placer celle du "comment et en quoi est-il efficace ?". Encore que la première question est équivoque : "*pour qui*" peut concerner aussi bien les destinataires du programme que leurs commanditaires. Signalons enfin sur ce point que l'hypothèse (comme les possibilités de mesure) d'une "efficacité négative" n'est pas envisagée : par exemple dans le cas où une action d'information aurait l'effet d'une incitation tandis que l'on visait une dissuasion

MESURE ET EVALUATION

C'est en ces termes que se sont interrogés les auteurs d'un rapport de l'O.M.S. visant "*l'élaboration de méthodes pour l'évaluation du traitement et la réhabilitation des sujets pharmaco-dépendants qui soient appropriés aux pays en développement*"[24] . Les auteurs affirment que "*Dans certains cas, comme celui de l'apparition d'un nouveau produit, cette évaluation est exigée par la législation, mais, en règle générale, elle parait motivée par des conditions de rentabilité*"[25] , cette rentabilité étant le résultat du rapport coût/efficacité.

Ainsi, "*il est nécessaire de prendre en considération les objectifs du traitement à évaluer et les critères d'après lesquels on déterminera si ces objectifs ont été réalisés*". Cette question de l'efficacité nécessite donc une opération de construction dont les auteurs soulignent la complexité s'agissant d'un spectre allant de "l'approche thérapeutique" aux "considérations politiques"[26] : abstinence, consommations occasionnelles ou épisodiques, réduction de la morbidité et de la mortalité.

Par exemple : "*On peut également décider que ne plus (ou presque plus) prendre de drogues n'est pas une preuve suffisante de l'efficacité d'un traitement et affirmer qu'il doit y avoir une amélioration au niveau d'effets indirects tels que la situation professionnelle, la délinquance ou les relations interpersonnelles*"[27] .

On voit ici la pluralité des lectures possibles pour une définition de l'efficacité qui recouvre en fait la diversité des objectifs des différents traitements de la toxicomanie.

A la différence d'un bilan - dont il est peut-être une étape préalable et constitutive-, le résultat d'une évaluation ne fait que donner des éléments permettant parfois une aide à la décision qu'elle ne saurait dicter. On en trouve un exemple dans les conclusions du jury réuni suite à la conférence inter-universitaire de Chatenay-Malabry sur les traitements de substitution[28] :

" *Le moment adéquat pour la mise en place de telles thérapeutiques substitutives ne peut être défini au vu des données disponibles. L'avantage théorique d'une* ***intervention précoce*** *serait d'éviter un long vécu de morbidité toxicomaniaque. L'inconvénient serait d'hypothéquer trop tôt l'espoir d'une vie sans addiction*"[29] . On voit ici que le problème posé par cette évaluation est celui de l'institutionnalisation de la toxicomanie comme traitement aux problèmes posés par les toxicomanes (marginalité, délinquance, problèmes sanitaires, constitution d'économies souterraines, troubles de l'ordre public...), sachant que "*la substitution ne guérit pas la toxicomanie, mais elle traite le toxicomane*". Le problème est donc posé - de manière peut-être critiquable, mais l'irréfutabilité d'une proposition n'est pas l'enjeu premier d'une évaluation. La décision à prendre, le choix dans les priorités restent entiers.

EVALUATION : PROBLEMES DE METHODE

Dans un rapport qui a fait date, F. LERT et E. FOMBONNE[30] dressent un recensement des données relatives à l'évaluation des prises en charge en présentant les méthodes engagées et les résultats produits. Ce rapport illustre le risque d'une "évaluation absolue" consistant à comparer les effets de stratégies thérapeutiques différentes : cure de maintenance à la méthadone, traitement en communauté thérapeutique, traitement ambulatoire sans chimiothérapie substitutive, désintoxication (programme américain de suivi DARP - Drug Abuse Reporting Program)[31] . L'étude laisse en fait apparaître une dissymétrie entre les objectifs de départ et les effets pris en compte. S'il est clair que l'objectif d'un programme de maintenance diffère sensiblement d'une stratégie thérapeutique visant l'abstinence, cette différence, pourtant radicale, s'estompe sous le jeu des "indicateurs" retenus dans la majorité des enquêtes évaluatives. En imageant la situation, c'est comme si l'on comparait plusieurs types de véhicule sur une même configuration d'utilisation, indépendamment du cahier des charges adopté par le constructeur. On s'aperçoit ainsi que, dans la quasi totalité des cas, les indicateurs retenus pour parler d'évolution sont l'usage d'opiacés et autres drogues, l'incidence de la criminalité et du trafic de stupéfiants, l'emploi, la situation familiale. Autant dire que le résultat de l'évaluation ressort moins d'une efficacité quelconque des programmes considérés que des critères retenus pour l'atteindre.

Il est évident que la standardisation d'indicateurs est un objectif difficile dans un champ d'intervention marqué par la diversité des institutions[32] , de leur projet, méthodes et moyens[33] .

Il est clair que les promoteurs des diverses stratégies visent en fait des objectifs différents, implicites ou explicites. Les considérer tous ensemble sans expliciter leurs objectifs respectifs relève d'une confusion. Il reste que l'on peut évaluer les diverses méthodes à l'égard d'un même objectif. Par exemple : l'abstinence, la prévalence du V.I.H., les conduites délinquantes, etc. Il n'y a pas d'impossibilité logique, mais on verrait alors les partisans des différentes méthodes s'opposer selon que telle ou telle méthode intègre ou non sa propre visée, c'est-à-dire le ou les objectifs que lui-même poursuit et qui justifie son choix quant à la méthode.

On pourrait ainsi proposer que l'évaluation prenne pour objet cette diversité plutôt que de la niveler par des artefacts méthodologiques. Cette diversité pouvant être une valeur, en l'occurrence l'aptitude du système à satisfaire des demandeurs différents, nécessitant des objectifs différents (de l'abstinence à la maintenance), non justiciable d'un traitement uniforme (de la psychanalyse à l'orthopédie comportementale...), etc.[34] .

En commençant par baliser les niveaux de cette diversité : des projets, certes, mais aussi de leur moment d'intervention sur la "trajectoire" des consommateurs, de leur mode d'intervention (partenarial ou total), et enfin de leur "clientèle". On pourrait ainsi discuter l'hypothèse selon laquelle tous les consommateurs 1) ne suivent pas le même parcours; 2) disposent de supports sociaux différents tant pour alimenter leur consommation que pour gérer la dépendance (revenus, milieu social d'appartenance, réseau d'amis, etc...); 3) connaissent des degrés d'exposition divers du point de vue de la stigmatisation et la pénalisation de leur pratique; 4) pour finalement intégrer les institutions de soins officielles dans des stratégies radicalement différentes du point de vue des "bénéfices" attendus. Cette approche permettrait d'intégrer deux choses qu'une évaluation absolue et globalisante gomme de façon préjudiciable au rendu de la réalité :

1. Le fait qu'il existe des "consommateurs invisibles", par définition non dénombrables et difficilement accessibles, qui parviennent à gérer leur pratique clandestine et retrouver une abstinence sans être repérés comme tels, c'est-à-dire sans être signalés par les services répressifs et sans le recours à des formes de soins institutionnalisées[35] . On retrouve ici le problème des "groupes témoins" considérés comme étalon pour la mesure des "effets" des traitements spécialisés. En poussant le paradigme à l'absurde, on pourrait se demander si les institutions de soins n'ont pas un effet néfaste puisque, du point de vue de l'abstinence, elles obtiennent des "taux de réussite" inférieurs au groupe des consommateurs sortant de leur toxicomanie "par leurs propres moyens".
2. Le fait que les traitements n'interviennent qu'au sein d'un spectre de supports disponibles pour traiter la pharmacodépendance. Le choix permettant de privilégier telle forme de support ou d'en associer plusieurs est socialement déterminé, comme le montre la recherche effectuée par l'équipe de R. CASTEL[36] . On pourrait aussi s'interroger sur la pertinence de l'opposition entre toxicomanie et abstinence du point de vue de la dépendance. Des auteurs ont montré que la consommation de drogue n'excluait pas nécessairement des formes de gestion de la dépendance, certes plus ou moins formalisées et efficaces[37] . Au total, on pourrait considérer le "traitement" comme l'entrecroisement de deux postures : celles de l'intervenant et celle du patient avec, chacun, sa propre stratégie.

La première difficulté de l'évaluation, pour ne pas dire la principale, consiste donc à délimiter un objet.
On en a discuté la nécessité concernant les traitements du point de vue des institutions de soins, traitements dont l'intelligibilité est remise en cause par une approche globalisante qui voudrait quantifier l'efficacité d'un dispositif sans en discuter préalablement les éléments constitutifs et la pluralité des objectifs.
Ainsi, par exemple, on pourrait problématiser "l'évaluation d'un traitement pharmacologique". L'évaluation de "l'efficacité de la délivrance d'un traitement de substitution" par un produit quelconque consiste principalement à décrire ses propriétés pharmacologiques (effets morphinomimétiques, symptôme de sevrage, durée d'action, acceptabilité) pour les comparer à deux gammes de produits: d'abord la panoplie des drogues disponibles sur le marché clandestin (héroï ne, morphine, etc.), ensuite d'autres molécules[38] , [39] . Un autre volet consiste à étudier les effets de ce traitement, compte-tenu des objectifs encourus : la diminution des risques associés[40] , la fiabilité des modifications de comportement dans le temps[41] , , la prévention de l'infection au VIH[42] , ses possibilités d'application[43] , etc...

La même nécessité s'impose quelque soit le volet du "traitement social" des toxicomanies que l'on souhaite aborder. En particulier, l'ensemble[44] ou une partie[45] des dispositions juridiques.

UNE EXPERIENCE D'EVALUATION AU CAST DE REIMS (1977-1995)

Cette partie relate succinctement une expérience d'évaluation à l'échelle d'une institution de soin. Exemple, elle ne prétend pas être exemplaire ; bien au contraire, il s'agit de montrer la difficulté de l'exercice qui ne saurait se réduire à l'application d'une procédure, au moins pour deux raisons :

- la première concerne la prise en compte nécessaire des diverses contraintes, externes et internes qui se croisent pour la mise en place du projet;

- la seconde s'illustre par ce qui a été exposé précédemment et qui définit l'évaluation comme autre chose que l'application d'un outil universel avec son mode d'emploi. Il s'agit d'une démarche évolutive, complexe dans ses préalables (opération de définition), son exercice et ses effets (la diversité des interactions) dont on ne voit pas nécessairement la fin, même s'il convient d'en percevoir la finalité.

Autant dire qu'il y aurait matière à une monographie que le cadre de cette présentation ne permet pas.

Dans un premier temps, il est apparu utile de retracer la position de départ de l'institution, compte-tenu de son histoire, son projet, ses habitus, pour, ensuite, exposer plus pratiquement les modalités par lesquelles ce travail d'évaluation a pu se mettre en place.

POSITION DE DEPART

Le fantasme du prêt à porter

Pendant longtemps - et ce n'est sans doute pas terminé -, la question de l'évaluation en toxicomanie semble s'être limitée à l'observation des patients et aux interrogations sur l'efficacité respective des divers traitements proposés. Le modèle qui s'offrait était celui de l'épidémiologie, descriptive, puis analytique. Le recours à la statistique présentait les signes d'une objectivation des populations et des pratiques.
De ce fait, l'évaluation n'eut pas dans ce secteur à se poser préalablement la question de ses outils, l'unanimité étant acquise d'emblée à l'outil statistique. Mais, du même coup, l'évaluation se voyait réduite à sa seule partie cognitive : l'enquête.

C'est sur cette base que naquit au milieu des années 80 l'idée de pouvoir doter toutes les institutions du secteur d'un outil identique pour rendre compte de l'effectuation de la tâche qui leur incombait. Un projet national vit le jour : le logiciel "d'évaluation Argile", du nom de l'association mulhousienne qui en eut l'idée pour elle-même.
L'institution de Reims fut sollicitée pour faire partie du comité de pilotage réuni par le Ministère de la Santé afin de statuer sur les modalités techniques et formelles indispensables.

L'ambition de ce travail se résumait en deux points :

1- Se mettre d'accord sur des items communs à propos des populations que les institutions accueillent ou des activités qu'elles développent. Activités dont on sait combien elles sont disparates en France compte-tenu de la structure même du système de soins français.

2- Par un traitement statistique, produire, automatiquement et sur un modèle commun, un *critère d'évolution* des toxicomanes traités, décliné en cinq modalités possibles : *positif, négatif, en cours, inconnu* et *décédé.*

Comptage lilliputien ou géant aux pieds d'argile

Depuis 1977 un "*bilan d'activité*" annuel faisait état du travail accompli dans notre institution. La forme adoptée était résolument succincte : nombre de personnes accueillies, caractéristiques sociales, l'ensemble n'étant que peu commenté.

Jusqu'en 1985, ce travail adoptera donc une forme des plus modestes, et ne mobilisera qu'un ou deux membres de l'équipe (direction et secrétariat) pendant une très courte période. Le recueil des données est réalisé manuellement, sans procédure clairement définie ni réflexion périphérique annoncée.
En 1986, la forme expérimentale du logiciel *Argile* fut introduite dans le centre.

Ce travail, mené entre 1986 et 1990 a eu des répercussions institutionnelles: mise au point d'un nouveau système de comptage des patients et des actes thérapeutiques, introduction de l'outil informatique et des statistiques dans le bilan d'activité, réalisation et passation de questionnaires auprès des patients, etc...

Cependant, et malgré un travail constant avec les concepteurs, l'outil proposé s'est révélé très mal adapté : lourd dans sa manipulation et trop lointain de nos préoccupations institutionnelles comme de notre forme de travail. Le surcroît de travail et l'inflation imaginaire (sur le mode du *Big Brother*) ont surtout produit une frustration : celle de ne pas pouvoir reconnaître dans ce langage standardisé notre clinique et notre discours sur la prise en charge des patients, ce que précisément nous souhaitions évaluer.

L'utilisation d'*Argile* n'a donc pas produit les effets escomptés mais a permis l'émergence de nouveaux débats : quelles données recueillir, pour quoi faire, comment, etc. ? C'était, sur fond de polémiques, une amorce de discussion épistémologique sur la validité de la mesure, les interprétations autorisées, la déformation que suscite l'introduction de l'outil sur ce qu'il prétend "photographier, etc.
Enfin, l'année 1991 fut une période charnière pour notre institution : nouveaux locaux, nouveaux projets, nouveaux horaires, etc. Ce fut aussi l'occasion de prendre acte d'un intérêt croissant pour la manière de rendre compte de notre activité à un certain nombre de personnes extérieures au travail clinique.

En 1991 aussi, la D.G.S. résolut de mieux connaître et évaluer les centres qu'elle gérait et subventionnait. Des trois projets examinés par le comité qu'elle constitua, ce fut le moins ambitieux qui fut retenu : celui d'une simple enquête, confiée à l'institut Démoscopie. Un questionnaire standardisé était rempli, par les centres d'accueil d'abord, ultérieurement par les autres types d'institutions. Cette enquête permit d'établir un *rapport d'activité type*, commun à tous les centres français et limité à des données quantitatives non commentées. Le promoteur d'*Argile* avait donc renoncé à son projet pour lui préférer une standardisation minimum, donc réalisable. Restait posée la question de l'utilisation de cette compilation de chiffres puisque *dire combien ne dit jamais comment et pourquoi...*

L'EVALUATION : AUTOUR D'UN GROUPE DE RECHERCHE

Le Centre d'accueil de Reims abandonne donc aussi le logiciel alsacien.
Décision est alors prise de reprendre la question de l'évaluation dans son ensemble à l'échelle de notre association, avec ce projet de faire autrement, autre chose qu'un bilan.

Le lancement d'une campagne d'information visant à faire connaître le plus largement possible notre institution au plan régional fut motif à une réflexion et un groupe de recherche se constitua.
L'action à évaluer était inscrite dans une stratégie de l'institution: se faire mieux connaître des partenaires et faciliter ainsi l'accès aux soins pour le plus grand nombre de consommateurs dans la ville et ses entours.

La question de l'évaluation de la campagne entraîna logiquement des questions cliniques. Il s'agissait de savoir qui venait au centre dans la suite de la campagne, de se demander si ces patients étaient "les mêmes" que ceux qui fréquentaient le centre préalablement ; mais aussi de pouvoir étudier leur demande, les réponses qui pouvaient leur être faites. Très vite, la question des adéquations entre demande et réponse fut posée.

En parallèle à ces préoccupations, le remplacement du logiciel de gestion des données fut posé et intégré logiquement à la réflexion. Un outil, le mieux adapté possible à notre fonctionnement, nos possibilités et compétences techniques.

Cet "outil d'évaluation" a été développé durant le deuxième semestre 1991 pour être mis en place au premier janvier 1992.

L'objectif poursuivi dans la mise en place de ces "stratégies d'évaluation" est le recueil d'un certain nombre de données quantitatives et qualitatives suffisamment fiables pour permettre une présentation et une analyse pertinentes des diverses activités menées dans notre association. Ce travail est en premier lieu nécessaire parce que répondant aux demandes des tutelles, des administrations, etc. Mais c'est aussi un moyen de rendre accessible à d'autres partenaires une part de notre travail.

Mais, et ceci nous importe, cet outil va être le support pour engager un travail interne de réflexion sur la nature de notre travail et les possibilités de son évaluation : les données autorisant des comparaisons, des suivis, repérage des instruments manquants, niveaux d'interprétation, etc...

En somme, il s'agit à la fois d'une réponse obligatoire aux exigences des tutelles et d'un travail de recherche plus large sur les indicateurs quantifiables qui pourraient introduire à une qualification du travail thérapeutique ou d'accueil ; car, tout en recourant à cette démarche d'enquête, on se met en position d'en questionner les limites et la prétention "scientifique" d'une quantification fermée.

Le travail du groupe d'évaluation a en effet produit un déplacement de l'intérêt pour l'instrument vers un questionnement sur la production de l'instrument. C'est dans ce déplacement que l'on passe du domaine du comptage (le chiffre comme fin) à l'évaluation (le chiffre comme question et l'instrument comme moyen).

La production de chiffres change à ce moment de statut. La question se pose en effet de savoir ce que l'on fait, telle étant l'exigence de l'évaluation. En d'autres termes, il ne s'agit pas de dire les choses en croyant qu'elles sont telles que l'instrument les montre ; mais d'essayer de les dire telles qu'elles sont, une forme de *bien dire* : à la fois grâce et au-delà de l'instrument

Le groupe de recherche avait aussi, de son côté, évolué dans sa position : il s'agissait non pas de produire directement des éléments de jugement, mais de réfléchir au fondement et à la fonction de ce jugement, à ce que pouvait être une évaluation et surtout quelle évaluation : qui évalue quoi, pour qui, comment, etc.

L'enjeu était de repérer ce qui motive tel ou tel choix et d'intégrer dans la démarche d'évaluation les effets mêmes de cette évaluation. Cela conduisait à questionner la place de l'évaluateur : juge externe à l'action ? ou, intégré à l'action, placé dans un champ inter jugement ?
C'est ici même qu'une dialectique a pu s'instaurer entre le groupe de recherche et l'équipe. Le groupe a pu proposer à l'équipe des problèmes différemment formalisés et recueillir ses réactions tant sur les questions posées que sur la démarche d'évaluation en elle-même. C'est en cette dialectique que consiste la production de l'évaluation , articulée sur deux axes :

- une réflexion sur la place de l'évaluateur sur son mandat et sur ses méthodes,
- une reprise en compte de l'évaluation par l'équipe toute entière.

A ce point de l'expérience, il ne faudrait pas donner l'impression que ce double changement de perspective s'est accompli, que toute une équipe soit prise dans une démarche volontaire d'évaluation. Au contraire, des objectifs immédiats que pouvait se donner le groupe d'évaluation ne se sont pas concrétisés :

- l'offre fait à l'équipe thérapeutique d'illustrer - et donc de dépasser - la production chiffrée n'a pas été saisie,

- l'adoption progressive d'une attitude évaluative par l'ensemble de l'institution, notamment grâce à la cooptation de certains membres de l'équipe dans le groupe de recherche, ne s'est pas faite,

- l'association de la direction à l'évaluation de sa propre stratégie n'a pas pu se départir d'une délégation donnée au groupe,

- même la formalisation en son sein des acquis du groupe, en vue d'une transmission, est restée imparfaite.

Ce constat, négatif en première analyse, trouve une explication immédiate dans les résistances que la démarche a rencontrées. Mais on doit constater aussi, en seconde analyse, que les résistances ainsi sollicitées se sont elles-mêmes déplacées. Ainsi, le travail d'évaluation peut être évalué lui-même : soit en référence aux "cibles" successivement brandies, mais qui ont pu jouer le rôle de leurres, soit en référence au déplacement induit dans l'institution.

Une autre appréciation peut également être portée sur le travail évaluatif : si l'on considère que le problème de positionnement que le groupe d'évaluation s'efforce de traiter vis à vis de l'institution est une réplique du problème de positionnement de l'institution vis à vis de son environnement (public, tutelle, clientèle...), les difficultés de l'un reflètent celles de l'autre ; et, donc, leur traitement peut être un levier pour traiter celles-ci. Cette dialectique produit des effets qui seuls permettent un travail sur l'institution elle-même et la production de nouveaux angles de réflexion.

Ce travail est interne et presque intime pour l'équipe. Il ne s'agit pas ici de dévoiler dans une démonstration sans intérêt heuristique les arcanes quotidiennes de l'exercice. Signalons seulement, à titre d'exemple, le débat engagé à propos du nombre de fois où les patients viennent consulter au centre d'accueil. Alors que les statistiques les plus courantes ne dénombrent que des patients et des actes, séparément, le nouvel outil constitué permet de classer les patients suivant qu'on les a vus une seule fois, ou bien deux, trois, jusqu'à vingt fois et plus.

La révélation de ce nombre a fait événement. D'abord parce que le souci légitime de description devenait un risque : le nombre de patients rencontrés fondait à la lumière de celui des venues. Mais surtout, cette révélation a provoquée une réflexion sur les types de patients et la diversité des interventions faites par l'ensemble de l'équipe. Cet événement a suggéré des investigations supplémentaires : peut-on dire qu'il y a des types de patients différents ? Peut-on formellement les distinguer par des indicateurs et lesquels ? Peut-on classer nos interventions selon ces types ? Par exemple, information, orientation, prise en charge courte, prise en charge longue ? Mais aussi : le nombre de venues peut-il rendre compte de la nature d'un travail engagé et le qualifier en termes "d'échec" ou de "réussite" ? Ces diverses questions, malgré les difficultés évoquées, ont été renvoyées à l'ensemble de l'équipe.

Le fait même qu'une telle série de questions ait pu être soulevées et mises au travail n'est pas sans effet, au-delà d'une activité de comptage. L'étape suivante consiste à rendre le produit de cette dynamique de travail transmissible à l'extérieur, tâche à laquelle l'évaluation comme processus peut conduire.
Amorcée par ce groupe de travail, la démarche d'évaluation a pris en compte ses effets sur l'équipe en termes de réactions, résistances ou intérêts que pouvaient provoquer les questions posées par les résultats (chiffrés ou non) du travail du groupe de recherche.

Alors qu'une enquête tente d'éliminer ou de contrôler les variables *parasites*, la démarche d'évaluation, elle, les prend en compte au même titre que toute autre donnée. L'enquête décrit le travail, l'évaluation y participe. Plus qu'une technique, il s'agit donc d'une posture qui ne peut être envisagée que concernant une institution dans son ensemble.

L'évaluation ainsi envisagée permet de dépasser la production d'un savoir qui serait circonscrit par les écueils liés à la nature même de la population accueillie. On pourra prendre en compte les effets de rétroaction et envisager la prise en charge d'un patient sur un continuum en précisant à quelle place et avec quels effets une institution est intervenue, à quel moment.
Du prêt-à-porter, on passe à la confection "sur mesure", c'est-à-dire à la création. L'évaluation ne peut pas être standardisée, du fait qu'elle porte nécessairement la marque, toujours singulière, de l'évaluateur et de l'institution qu'elle concerne.

L'EVALUATION : QUELQUES ELEMENTS DE FORMALISATION

Parler d'évaluation appelle trois précisions, dont la troisième conduit à une quatrième :
évaluation de quoi ? critères de valeur ? évaluation par qui ? et, donc, évaluation pour quoi ?

1. l'objet évalué. Dans le domaine qui nous occupe (drogue et toxicomanie), une évaluation peut par exemple porter sur :

- l'état d'un individu,
- une institution (centre d'accueil, ...),
- une thérapeutique,
- une politique publique.

On peut catégoriser ceci dans le tableau suivant :

	acteur	*instrument*	*sujet (objet de l'action)*
visée individuelle	institution	thérapeutique	individu (cas)
visée collective	politique	programme	population

On remarque :

- il ne faut pas confondre l'objet de l'action avec l'objet de l'évaluation. Celle-ci peut aussi bien porter sur l'acteur ou sur ses instruments. Souvent, lorsqu'on parle d'évaluer une action contre la toxicomanie, on se laisse obnubiler par la toxicomanie elle-même au point de la décrire (par des études de neurobiologie, de clinique psychologique, d'épidémiologie) et de croire, ce faisant, qu'on fait une évaluation ;

- une voie thérapeutique peut être considérée d'un point de vue individuel comme d'un point de vue collectif. Par exemple, l'injonction de soins, la psychanalyse, la substitution à la méthadone sont des moyens à la disposition de celui qui intervient auprès d'un toxicomane. L'ensemble des dispositions juridiques, organiques et budgétaires relatives à l'injonction thérapeutique, ou celles organisant les prescriptions de méthadone, sont des programmes d'action publique ;

- il ne faut pas confondre une politique avec un programme public. Une politique se matérialise dans un programme (ou plusieurs). Alors que celui-ci est complétement décrit par les moyens juridiques, matériels, humains et financiers qu'il mobilise et agence, une politique comporte les modes de décision, le jeu croisé des divers acteurs sociaux qui participent à la décision (ou, s'y opposent), leurs objectifs et leurs enjeux.

2. la valeur. Comme le mot l'indique, évaluer, c'est apprécier ce que *vaut* ce qu'on évalue. On voit souvent confondre une évaluation avec une observation ou une enquête, c'est à dire avec un simple recueil d'information. Certes, pour porter un jugement sur la valeur de quelque chose, si l'on ne s'en tient pas à une opinion a priori, il faut se renseigner. Quelque fois, cette recherche d'information n'est pas aisée : différents obstacles se présentent, les données ne sont que partiellement accessibles, leur signification et leur fiabilité sont mal assurées, ou bien, elles sont très nombreuses et il faut en organiser soigneusement la collecte et la synthèse. L'effort à faire pour constituer cette base d'information donne le sentiment qu'on est ainsi pleinement renseigné et que des conclusions s'en dégageront d'elles-mêmes. Alors, on appelle "évaluation" cette collecte et la constitution de résultats synthétiques (diagnostic médical, qualification juridique, statistique, etc.). Or, l'évaluation est en fait l'opération qui suit le constat et la synthèse d'information : l'évaluation est le fait de porter un jugement à partir de cette information.

Porter un jugement, c'est dire quelle valeur s'attache à l'objet considéré. Il faut donc savoir ce qui est "bien" ou "mal". Dans la vie courante, on porte de tels jugements : sur ce que nous avons fait, sur les gens ou les situations qui nous entourent, sur l'effet probable de ce que nous ferons. On peut donc dire que l'évaluation est la chose la plus banale. Ce que l'on entend spécialement lorsqu'on parle expressément d'évaluation, c'est, au dela de ce comportement banal et constant, une recherche organisée, systématisée de la valeur de l'objet en cause. Il s'agit donc d'une démarche explicite, où l'on dit pourquoi ce qu'on évalue est satisfaisant ou non ; et donc, d'abord, quels sont les critères du bien et du mal.

Que le jugement évaluatif fasse partie de la vie courante fait que nous n'explicitons en général pas les valeurs auxquelles nous nous référons. Les jugements portés, autant dans la vie privée que dans l'ordre professionnel ou politique, sont directement énoncés. Nous n'éprouvons que rarement le besoin de dire quelles sont les fins que nous poursuivons, les idéaux que nous révérons. La démarche explicite d'évaluation, telle qu'elle est envisagée ici suppose donc que, en préalable, nous explicitions nos valeurs.

Par exemple, s'il s'agit d'évaluer l'état ou le comportement d'un toxicomane, nous devons être au clair sur ce qui constiturait son état "normal" ou "satisfaisant", sur ce que nous regrettons dans sa toxicomanie : qu'elle aliène sa personnalité ? qu'elle soit un trouble pour son entourage ? qu'elle l'expose à des accidents ou des maladies ? De même, s'il s'agit d'évaluer une thérapeutique, nous devons savoir si, en l'appliquant, nous visons à conférer au toxicomane une qualité de vie ? ou, à le débarrasser de sa dépendance ? etc. De même encore, lorsque nous évaluons une institution, portons-nous intérêt au non-détournement de ses ressources ? à son efficacité, mesurée au coût moyen d'une prestation ou d'un traitement ? à son efficience, c'est à dire son aptitude à faire cesser la toxicomanie de ses patients ou à les maintenir dans une forme de toxicomanie non préjudiciable ? Et, ainsi de suite.

Sur ces exemples, on voit l'importance d'avoir explicité ce qui *fait valeur* : non seulement afin de justifier que le jugement se fonde sur l'information recueillie, mais auparavant parce que l'on ne recueillera pas la même information selon, précisément, les critères qui font valeur.

De plus, lorsque l'objet évalué est collectif (une institution, a fortiori une politique), lorsque diverses personnes ou institutions sont concernées (à des titres divers : prescripteur, intervenant, toxicomane, entourage, ...), elles n'ont en général pas les mêmes valeurs. Ce qui est souhaitable pour l'une sera négligeable, voire négatif, pour une autre. On a donc un système d'acteurs, imbriqués, porteurs d'un système de valeurs. Les valeurs en présence ne sont pas forcément compatibles. De sorte que l'on risque des jugements contradictoires à partir d'une même situation. L'évaluation a à prendre en compte cette pluralité, cette complexité. Par exemple, dans l'évaluation de la politique de lutte contre la drogue, on a à considérer la valeur attachée à la santé, celle attachée à la liberté individuelle, celle attachée à l'ordre public, etc.

Ce qui fait tout l'intérêt de l'évaluation, telle qu'on essaie de la promouvoir depuis quelques années, c'est justement que, prenant en compte les contradictions inhérentes aux sytèmes d'acteurs, elle permet de dépasser les blocages : où les actions conduites s'anihilent, où les politiques sont à l'évidence inefficaces alors même que ceux qui y concourent sont compétents et diligents.

3. l'évaluateur. Qui évalue, qui recueille les informations pertinentes et porte le jugement recherché ? Ce peut être le sujet lui-même (endo-évaluation) ou un tiers (allo-évaluation). Un toxicomane peut évaluer son propre état, une institution de soins peut évaluer son propre fonctionnement et son efficacité. Le jugement externe, lui, peut être le fait d'une personne ou institution qui intervient sur la personne ou l'acteur évalué, à son encontre ou à son profit : cas du thérapeute envers son patient, de l'autorité hiérarchique sur un service, de la tutelle ou de l'organisme qui subventionne un centre d'accueil. A l'inverse, il y a jugement, également externe, de l'assujetti envers l'intervenant ou l'autorité dont il est tributaire : le patient juge son thérapeute, une structure d'accueil est jugée par ses clients actuels ou potentiels : en conséquence ils y recourent ou s'en abstiennent. De même il est inévitable que l'organisme subventionné ait une appréciation sur sa tutelle. Enfin, il advient que le jugement externe soit délégué à un tiers : supposé plus compétent ou mieux placé pour recueillir l'information nécessaire et plus neutre pour former un jugement "objectif", sans être influencé par les préférences ou les a-priori de son mandant.

Dans ce cas de tierce évaluation, il est évident que l'évaluateur ne doit pas porter un jugement pour lui-même, c'est à dire selon son propre système de valeurs. Il doit (tel un juge qui établit son jugement en référence à une loi dont il n'est pas l'auteur) s'enquérir de ce qui fait valeur pour celui pour qui il intervient. Mais il peut aussi lui être demandé de se référer aux valeurs d'autres personnes que celles de celui qui le mandate : c'est qu'alors ce dernier reconnaît des valeurs différentes des siennes. Par exemple, un thérapeute peut soigner son patient non pas en vue de ce qu'il estime, lui, souhaitable, mais afin que le patient lui-même se déclare satisfait.

Dans les situations complexes qui ont été évoquées plus haut, lorsqu'une pluralité d'acteurs, de personnes, d'institutions, sont porteurs de valeurs différentes, il a été dit qu'il est difficile d'obtenir une explicitation de ce système de valeurs. L'évaluation par les diverses partie est alors très difficile. Dans ce cas, une évaluation organisée, telle que nous la décrivons, est un moyen de sortir d'embarras. Et, il est tout particulièrement indiqué de recourir à un tiers, qui aide à reconnaître les enjeux et valeurs et à en débrouiller l'écheveau. Mais on constate aussi, que ces valeurs et enjeux peuvent rarement être suffisamment explicités pour que le jugement soit complètement délégué à ce tiers. Les évaluateurs restent les divers acteurs eux-mêmes, dans le réseau de leurs interactions et contradictions. Le tiers en question est parfois appelé, dans ces conditions, "agent d'évaluation", plutôt qu'évaluateur : pour marquer qu'il n'évalue pas par lui-même, mais qu'il assiste les différents acteurs afin qu'ils forment par eux-mêmes des jugements pertinents. La neutralité dudit tiers change un peu de statut : il ne se contente pas d'être respectueux des critères de valeur qu'il constate ; il doit avoir aussi une conduite déontologique où il protège mutuellement les acteurs de dévoilements illégitimes à l'occasion d'une opération évaluative à laquelles ils participent ensemble.

La position de l'évaluateur par rapport à l'évaluation est, dans ces situations complexes, une question très délicate mais inévitable. Il n'y a plus externalité de l'évaluateur. D'une part, l'évaluation n'est pas totalement externalisée, puisque les acteurs demeurent évaluateurs ou co-évaluateurs. D'autre part, le tiers, l'agent d'évaluation intervient dans le système d'acteurs même : il peut être pris,

voire utilisé par ceux-ci ; et, son intervention évaluative confine parfois à une intervention opérationnelle.

La question "par qui est faite l'évaluation ?" renvoie à la question "pour qui est-elle faite ?" Cette seconde question, primordiale, est en fait liée à l'utilisation que l'acteur ou les acteurs pourront faire des conclusions de cette évaluation. Il s'agit ici de ce que l'on appellera la *finalité* de l'évaluation. On dit aussi l'objectif de l'évaluation. Il ne faut pas confondre la finalité ou objectif de l'évaluation (pourquoi l'entreprend-on ?) avec la finalité ou objectif de l'action ou de l'organisme évalué[46] (que doit-il faire ?). Cette dernière finalité, les buts de l'action ou la mission de l'organisme, ont à voir avec les critères de valeur évoqués plus haut.

Il est clair que les conclusions de l'évaluation ne doivent pas être prédéterminées, dictées par le sens des décisions que tel ou tel souhaite prendre. Mais, l'évaluation doit être conçue en fonction des décisions qu'elle doit éclairer : la même information ni les mêmes critères de valeur ne seront pas mobilisés selon qu'il est envisageable d'interrompre une action, de suprimer un organisme, de le développer au contraire, ou bien d'en réorienter les buts, ou encore d'en modifier l'organisation pour en accroître l'efficacité.

En résumé, une évaluation est une opération qui, sur la base d'une information et en référence aux critères de valeur d'un ou plusieurs acteurs, conduit à un jugement sur une action, une procédure, une personne ou un organisme et qui oriente les décisions des acteurs en question. Elle comporte en général une collecte d'information, mais ne s'identifie pas à celle-ci (enquête). Ce sur quoi elle porte (son objet) doit être précisément défini et circonscrit (champ de l'évaluation). Elle comporte souvent la recherche des critères de valeur, qui ne sont pas toujours explicites et qui sont parfois contradictoires d'une partie prenante à l'autre. Ces critères inspirent le jugement sur les finalités de l'action évaluée et sur ses résultats. Enfin, la finalité propre de l'évaluation est, ayant amené lesdites parties prenantes à former un jugement, de leur permettre soit d'ajuster leurs critères de valeur, soit de modifier plus ou moins profondément l'action en cause ou l'organisation par laquelle elle est menée.

Trois observations sur des évaluations particulières :

- **Évaluation des traitements**

L'aptitude de divers modes de prise en charge des toxicomanes à résoudre leur problème de toxicomanie de leur clientèle est parfois mise en question. Les promoteurs de chaque thérapeutique sont convaincus, chacun, de cette aptitude. Mais, peut-on la mettre en évidence. De nombreuses tentatives ont eu lieu. Lert et Fombonne ([47]) en font une recension qui n'aboutit pas à des conclusions nettes. Ils montrent que diverses conditions techniques nécessaires pour que ces évaluations soient conclusives n'étaient en général pas rassemblées. Padieu ([48]) énonce encore d'autres conditions absentes. Ces critiques tournent pour la plupart autour de la difficulté et, peut-être, de l'impossibilité d'isoler les effets des thérapeutiques en cause ; aussi, sur l'absence de contrôle des objets entrant dans le champ évalué (quels "toxicomanes" ? quels "traitements" ?) ; parfois encore, sur l'indétermination ou l'arbitraire des critères de "guérison" ; et ce, lorsque, même, les sujets traités ne sont pas perdus de vue.

- **Évaluation d'une institution**

Les travaux des signataires du présent article, sur un centre d'accueil particulier, ont mis en évidence :

- la pluralité des points de vue : tutelle ministérielle, pouvoirs publics locaux, toxicomanes eux-mêmes, familles, gestionnaires du centre, thérapeutes somaticiens, psychothérapeutes ;
- la nécessité d'un enregistrement de données, les résistances auxquelles il donne lieu, le caractère ambigu ou réducteur de ces données ;
- la fonction, dès lors d'un tel recueil : non tant pour établir une vérité inconstestable, mais pour mobiliser la réflexion de chaque catégorie d'acteur sur sa propre action ainsi que sur la relativité des divers points de vue. Cette mobilisation se fait à la fois, avant le recueil, lorsqu'on le décide et le définit et lorsqu'on traite les résistances qu'il sollicite, et, après recueil et traitement des données, lorsque les résultats invitent à un retour sur la façon dont chacun construit sa position.

- **Évaluation de la politique**

Malgré des tentatives, on ne peut pas dire que la politique de lutte contre la drogue et la toxicomanie ait jamais donné lieu à évaluation. Quelques rapports d'ensemble (Pelletier (1979), Trautmann (1989), Henrion(1995)) ont décrit les instruments de cette politique, ont repris certaines informations disponibles et ont donné des avis, souvent en reflétant les divers choix éthiques possibles. Une multitude d'autres études et rapports, de champ plus limité ont été produits : comptes rendus administratifs, statistiques épidémiologiques, analyses cliniques, neurobiologiques ou sociologiques, etc. Rien de tout cela ne constitue, même sur des objets restreints, une évaluation : l'objet évalué n'est pas toujours clairement circonscrit, les critères de jugement sont souvent implicites, les finalités de ces études ne sont le plus souvent pas indiquées. Une tentative d'évaluation de politique, au sens ou nous l'entendons ici, a été faite à partir de 1992 mais s'est bloquée. Il est très difficile que les évaluateurs prennent pour objet la politique : en général, ils se centrent sur la compréhension du phénomène toxicomaniaque. En fait, les finalités assignées à la politique en cause et les valeurs qui les soustendent sont très diverses et très farouchement défendues. (Ce, d'autant plus que l'angoisse que ce phénomène provoque dans diverses parties de la population nourrit les présupposés irrationnels et les exploitations idéologiques ou politiques.) Cela se traduit par un forçage des actions qui paraissent a priori les plus évidentes ; et, par la sélection ou l'interprétation des informations disponibles dans le sens qui confirmerait les présupposés. Cet arcboutement des positions est constitutif de la politique qui se développe de facto[49] . Mais, sa vigueur même fait refuser qu'il soit analysé : l'objet assigné à l'évaluation (la politique) n'y est dès lors considéré que fortement tronqué. Les acteurs pour qui et par qui l'évaluation serait faite s'y dérobent dès lors qu'ils y seraient englobés.

NOTES :

(1) *Réussite ou échec ? Des évaluations et des résultats controversés,* Dossier méthadone, Revue documentaire TOXIBASE, 1992, 1, pp. 1-9.

(2) A. COPPEL, *L'efficacité des programmes méthadone mesurée par l'évaluation des expériences étrangères,* Le journal du sida, 46, janvier 1993, p. 26.

(3) Dans la littérature consultée de façon partielle s'agissant d'évaluation générale des politiques publiques comme de l'évaluation dans le champ des toxicomanies.

(4) E. MONNIER, *Evaluation des pouvoirs publics, du projet au bilan*, Paris, Editions Economica, CPE, 1992, pp. 14-20.

P. VIVERET, *L'évaluation des politiques et des actions publiques*, Paris, La documentation française, 1989.

(5) L. SFEZ, *Critique de la décision*, Paris, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 1992.

(6) Cf. E. MONNIER, op. cit.

(7) M. PELLETIER, *Mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue*, Paris, La documentation française, 1978.

(8) Id. pp. 223 et sq.

(9) F. LERT, E. FOMBONNE, *La toxicomanie, vers une évaluation de ses traitements*, La documentation française, PARIS, INSERM, 1989, 144 p.

(10) Qui, dans ce rapport sont de nature principalement épidémiologiques, dans la tradition des approches anglo-saxonnes.

(11) E. SULLEROT, *Les problèmes posés par la drogue*, Paris, J.O., juin 1989.

(12) C. TRAUTMANN, *La lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiants*, Paris, La documentation française, 1990, 266 p.

(13) INSTITUT FRANCAIS DE DEMOSCOPIE, E*valuation des centres d'accueil spécialisés dans la prise en charge des toxicomanes*, étude pour l'ANDEM, Paris, Direction Générale de la Santé, 1991, 100 p.

(14) R. PADIEU, *l'Information statistique sur les drogues et les toxicomanies*, Paris, INSEE/DGLDT, 1990, Tome 2, pp. 98-104.

(15) Concernant le paradigme expérimentaliste versus le paradigme endo-systémique : Cf. E. MONNIER, op. cit., pp. 130-135.

(16) Rapport Inserm, op. cit.

(17) "*L'analyse épidémiologique est ainsi un outil précieux de la recherche, de la construction du savoir, en même temps qu'un instrument indispensable au guidage des politiques Sanitaires. Mais elle suppose que l'on ait observé des objets bien constitués. Elle se voit donc - comme la statistique, à quoi elle s'apparente - d'être très vigilante et exigeante sur la construction des observables ; ce qui (...) est loin d'être toujours le cas. Cf. R. PADIEU, op. cit., p. 92.*

(18) Par exemple dans le Rapport TRAUTMANN, op. cit..

(19) Ceci pouvant peut-être expliquer l'impression que donne la plupart des rapports officiels. Ils apparaissent comme des palimpsestes, textes effacés et réécrits sans cesse, sans que d'autres modélisations du "problème des drogues et des toxicomanies" ne soient développées. Cette hypothèse n'est toutefois pas testée ici.

(20) Cité par E. MONIER, op. cit., p.137.

(21) K. GRAHAM, G. A. WOO, C. SMYTHE, *Guide d'évaluation; illustration de techniques visant à améliorer les programmes de traitement de la toxicomanie*, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Toronto, 1994, 275 p.

(22) Id. p.1.

(23) M. POLLAK, *Les homosexuels et le Sida*, Paris, Ed. Métailié, 1988.

(24) A.ARIF et al., *La pharmacodépendance : méthodes pour l'évaluation du traitement et de la réhabilitation*, Genève, OMS, n°98, 1990, 65 p.

(25) Id. p.3.

(26) p.11.

(27) p.11.

(28) " Intérêts et limites des traitements de substitution dans la prise en charge des toxicomanes"; Conférence inter-universitaire sous la présidence du Pr Boyan CHRISTOFOROV, avec le concours de la DGLDT, Chatenay-Malabry, juin 1994. Pour les exposés, Cf. *Ann. Med. Interne*, 1994, 145, supplément n°3, 104 p.

(29) Id. p.103.

(30) E. FOMBONNE, F. LERT, *La toxicomanie : vers une évaluation de ses traitements*, Paris, INSERM, La Documentation Française, 1989, 144 p.

(31) Id. pp.70-71.

(32) D. LAHAYE, G. MAUGER, *Traitements des toxicomanies; généalogie et inventaire*, D.G.S./I.R.S., Reims, 1990, 72 p.

(33) Pour ne prendre que l'exemple du dispositif avec hébergement, Cf. *Analyse de l'activité du dispositif national de soins avec hébergement pour toxicomane*, DGS, Août 1992.

(34) A ce propos, on peut se demander si l'émergence du Sida n'a pas provoqué une polarisation des pratiques autour de ce problème, reléguant quelque peu à l'arrière plan la nécessité pourtant préalablement revendiqué, de la diversité. On serait ainsi passé d'un système de pratiques complémentaires à celui de pratiques concurentielles.

(35) WALDORF D., *Natural Recovery from Opiate Addiction*, Journal of Drug Issues, 2, 1983

(36) R. CASTEL (sous la direction de), *Les sorties de la toxicomanie; types, trajectoires, tonalités*, Paris, GRASS/MIRE, 1992, 303 p.

(37) ZINBERG N., *Drug, Set and Setting*, New Haven, Yale University Press, 1974.

(38) P. BEAUVERIE et al., *Pharmacodynamie comparée de la méthadone, de la buprénorphine et de la codéï ne*, Ann. Med. Interne, 1994, 145, supplément n°3, pp.15-18.

(39) M. REISINGER, *Intérêt comparé de la buprénorphine et de la méthadone*, Ann. Med. Interne, 1994, 145, supplément n°3, pp.23-25.

(40) M.J. KREEK, *Biological correlates of methadone maintenance pharmacotherapy*, Ann. Med. Interne, 1994, 145, supplément n°3, PP.9-14.

(41) V. DOLE, M. NYSWANDER*, Methadone maintenance treatment. A ten year perspective*, J. Am. Med. Ass*.,* 1976, 235*,* pp. 2117-9.

(42) FM. BOCKER, *Methadone an AIDS : are methadone maintenance treatment programs apt to prevent HIV infections among intravenous drug users*, Eur. J. Psychiatry, 1992, 6, pp.197-206.

(43) M. AURIACOMBE, C. P. O'BRIEN, J. TIGNOL*, La buprénorphine dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés*, Ann. Med. Interne, 1994, 145, supplément n°3, p. 27.

(44) J. BERNAT de CELIS, *Fallait-il créer un délit d'usage illicite de stupéfiants ?*, CESDIP n°54, 1992, 241p.

(45) Notamment sur "l'efficacité" de l'injonction thérapeutique. Cf. par exemple :
Rapport intermédiaire d'une recherche-action concernant l'application de la loi n°70-1320 à Strasbourg, G.A.T.E., 1991, 137 p.
C. ALEXANDRE, *Le rôle du magistrat du parquet : l'injonction thérapeutique*. In : R. OTTENHOF, R. CARIO, Délinquance et toxicomanie, travaux de la journée régionale de criminologie de Bordeaux, Association régionale de criminologie d'Aquitaine, 9 oct. 1987, pp.11-20, Toulouse, Erès, 1991.

(46) on devrait éviter l'expression "objet de l'évaluation", car certains désignent ainsi l'objet évalué (voir plus haut), tandis que d'autres désignent par ce terme l'objectif de l'évaluation. D'autres encore, plus nombreux peut-être, désignent même par "objet de l'évaluation" ce qui n'est que l'objectif de la collecte d'information sur laquelle l'évaluation se fonde-ra : ils disent "l'objet de cet évaluation est de savoir quels sont les effets de telle action."

(47) référence Inserm

(48) référence Documentation Française

(49) référence CESDIP

ERRATUM

Quelques erreurs à rectifier dans le dossier de la revue documentaire sur les enfants de parents de toxicomanes par Térésa Esquivel (1994, n° 4, 4ème trimestre).

. page 1 - 4ème paragraphe : Les études en langue française.... prennent en compte le fonctionnement psychique des sujets et l'histoire familiale (et non pas des effets)
. page 3 et page 9 : SAINTE FARE GARNOT, et GEADAH R.R., 1986 (deux noms d'auteurs)
. page 3 - 3ème paragraphe : la grossesse est d'abord un moyen de vérifier l'intégrité et le bon fonctionnement de son corps...(et non pas l'intégralité).
. page 3 - 4ème paragraphe : La reconnaissance tardive de la grossesse... (et non pas renaissance).
. page 8 - 6ème paragraphe : Mais la situation est aussi très dramatique pour les enfants non contaminés (et non pas contaminés).
. page 9 - 2ème paragraphe : Remarquons que l'infection VIH reste parfois asymptomatique (et non pas symptomatique)